

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当

# 健康保険 任意継続被保険者資格喪失 申出書

被保険者(申出者)記入用

被保険者情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者証の (右づめ)	9 9	1 2 3 4		
	氏名 (フリガナ)	ケンポ タロウ		生年月日	年 月 日
		健保 太郎		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	0 1 0 3 1 8
住所	(〒 650 - 0000 )	兵庫	都道府県	神戸市○○区△△通1-2	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 078 (○○○) △△△△				

資格喪失の事由(ア、イ、ウのいずれかを○で囲んでください。)	資格喪失年月日	令和 年 月 日
	(ア) 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため	
	(1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号	
	(2) 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地	名称 所在地
(3) 資格取得年月日	令和 年 月 日	
(イ) 後期高齢者医療制度の被保険者となったため		
(1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号		
(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称	名称 ( ) 後期高齢者医療広域連合	
(3) 資格取得年月日	令和 年 月 日	
(ウ) 任意継続被保険者でなくなることを希望する		
留意事項	<ul style="list-style-type: none"><li>資格喪失日は、この申出書を健康保険組合が受理した日の翌月1日になります。</li><li>申出書を受理した後は、申出の取り消しはできません。</li><li>被保険者証または資格確認書(お持ちの方)は資格喪失日以後に郵送等で返却してください。</li></ul>	

上記の事由に該当するため、申出します。

令和 7 年 8 月 6 日

健康保険組合使用欄	保険証回収	<input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 回収不要 <input type="checkbox"/> 未収 (無効通知 年 月 日送付)
	確認書回収	<input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 回収不要 <input type="checkbox"/> 未収 (無効通知 年 月 日送付)
	保険料還付	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (請求書 年 月 日作成)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄